

**Ciudad de Costa Mesa División de Recreación  
FORMA DE PARTICIPACION DE MENOR Y EMERGENCIA**

**IMPRIMA**  
(use tinta – no lápiz)

Nombre del niño \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

NOMBRE APELLIDO

Email \_\_\_\_\_ a la que asiste \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Padre/tutor \_\_\_\_\_  
NOMBRE APELLIDO NOMBRE APELLIDO

Domicilio \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Teléfono (Hogar) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ Teléfono (Hogar) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Yo accedo a renunciar y librar a la División de Recreación de la Ciudad de Costa Mesa, sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios, de cualquier reclamo, costo, responsabilidad, gastos o juicios, incluyendo gastos de abogado y costos de corte que puedan resultar de mi participación en PROGRAMS DE LA CIUDAD o cualquier enfermedad o lesión, que pudiera resultar, y estoy de acuerdo en indemnizar y no causar daños a la CIUDAD contra cualquier reclamo, exceptuando enfermedad o lesión resultado directo de negligencia o conducta malintencionada de parte de los empleados de la CIUDAD. Existe la posibilidad de que los participantes en los programas puedan ser fotografiados. Las fotos pueden ser utilizadas para promocionar programas futuros de la ciudad. Yo entiendo que no recibiré remuneración por dicha publicidad.

Yo consiento a tratamiento y todos los cuidados necesarios que puedan resultar de un accidente o lesión. También consiento a pagar cualquier y todos los costos incurridos como resultado del tratamiento mencionado.  Si  No

Si su niño a sido disciplinado/suspendido o expulsado de cualquier programa de recreación; la Ciudad reserva el derecho de expulsar inmediatamente a cualquier niño que tenga este tipo de historia y que exhiba conducta de perturbacion.

Como parte de nuestro compromiso con el "Acta de Americanos con Incapacidades" y nuestros participantes, ¿existe necesidad de arreglos especiales para su participación en las actividades arriba mencionadas?  Si  No Si sí, explique: \_\_\_\_\_  
Por favor tome nota de que no podemos proveer acomodacion razonable a menos de que usted lo especifique.

FIRMA DE PADRE/TUTOR FECHA

FIRMA DE PADRE/TUTOR FECHA

Doctor Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza \_\_\_\_\_ Tipo de Cobertura \_\_\_\_\_

Historia de informacion médica pertinente (epilepsia, diabetes, alergias, etc.) \_\_\_\_\_

Número de emergencia: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Lunes – Viernes hora Teléfono: \_\_\_\_\_  
(que no sean los padres) Relación coñ el niño \_\_\_\_\_ Noches/Fin de Semana Teléfono: \_\_\_\_\_

1238-72 Spanish (rev. 7/08)

**Ciudad de Costa Mesa División de Recreación  
FORMA DE PARTICIPACION DE MENOR Y EMERGENCIA**

**IMPRIMA**  
(use tinta – no lápiz)

Nombre del niño \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

NOMBRE APELLIDO

Email \_\_\_\_\_ a la que asiste \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Padre/tutor \_\_\_\_\_  
NOMBRE APELLIDO NOMBRE APELLIDO

Domicilio \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Teléfono (Hogar) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ Teléfono (Hogar) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Yo accedo a renunciar y librar a la División de Recreación de la Ciudad de Costa Mesa, sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios, de cualquier reclamo, costo, responsabilidad, gastos o juicios, incluyendo gastos de abogado y costos de corte que puedan resultar de mi participación en PROGRAMS DE LA CIUDAD o cualquier enfermedad o lesión, que pudiera resultar, y estoy de acuerdo en indemnizar y no causar daños a la CIUDAD contra cualquier reclamo, exceptuando enfermedad o lesión resultado directo de negligencia o conducta malintencionada de parte de los empleados de la CIUDAD. Existe la posibilidad de que los participantes en los programas puedan ser fotografiados. Las fotos pueden ser utilizadas para promocionar programas futuros de la ciudad. Yo entiendo que no recibiré remuneración por dicha publicidad.

Yo consiento a tratamiento y todos los cuidados necesarios que puedan resultar de un accidente o lesión. También consiento a pagar cualquier y todos los costos incurridos como resultado del tratamiento mencionado.  Si  No

Si su niño a sido disciplinado/suspendido o expulsado de cualquier programa de recreación; la Ciudad reserva el derecho de expulsar inmediatamente a cualquier niño que tenga este tipo de historia y que exhiba conducta de perturbacion.

Como parte de nuestro compromiso con el "Acta de Americanos con Incapacidades" y nuestros participantes, ¿existe necesidad de arreglos especiales para su participación en las actividades arriba mencionadas?  Si  No Si sí, explique: \_\_\_\_\_  
Por favor tome nota de que no podemos proveer acomodacion razonable a menos de que usted lo especifique.

FIRMA DE PADRE/TUTOR FECHA

FIRMA DE PADRE/TUTOR FECHA

Doctor Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza \_\_\_\_\_ Tipo de Cobertura \_\_\_\_\_

Historia de informacion médica pertinente (epilepsia, diabetes, alergias, etc.) \_\_\_\_\_

Número de emergencia: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Lunes – Viernes hora Teléfono: \_\_\_\_\_  
(que no sean los padres) Relación coñ el niño \_\_\_\_\_ Noches/Fin de Semana Teléfono: \_\_\_\_\_

1238-72 Spanish (rev. 7/08)